

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

(組合員氏名)



島根県医師国民健康保険組合「がん検診事業」費用交付申請について

下記のとおり、がん検診を実施したので助成金の交付を申請いたします。

1. 検診受診者

被保険者記号番号	氏名	性別	生年月日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日

2. がん検診費用振込先

振込先 (組合員)		銀行・信金 信組・農協		本店 支店 出張所
	種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金	口座番号	
	名義	(フリガナ)		

注1) 組合員の口座をご記入ください。

2) この用紙が2枚以上になる場合、振込先の記載は1枚目のみで結構です。